Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 30 czerwca 1883. № 26. Rok XXII.

I. Kilka słów o zejściu zapalenia płuc włóknikowego (pneumonia crouposa) w zapalenie międzymiąższowe (pneumonia interstitialis).

Podał Dr. Wł. Antoni Gluziński
Asystent téjże kliniki.

(Według wykładu mianego na posiedzeniu Tow. lek. krak. d. 16 maja 1883).

(Dokończenie. Patrz Nr. 25).

Przy ocenianiu przypadku trzeciego obserwacyi klinicznéj wyglądu tak makroskopowego jak i mikroskopowego płuca pomocną nam będzie najbardziéj praca Charcota, oparta na badaniu kliniczném i anatomiczném chorych zostających pod jego opieką lekarską w Salpetrière, którzy przez lata całe byli w jego obserwacyi, których stan fizyczny znał dokładnie, pod jego okiem przebywali raz lub kilka razy zapalenie płuc włóknikowe, a na stół sekcyjny dostawali się w różnych odstępach czasu po przebytéj chorobie ostréj. W miarę czasu, jaki upłynął od chwili przebycia zapalenia płuc a w związku z tém w miarę wejrzenia płuca samego rozróżnia Charcot dwa stadyja: 1) stwardnienie czerwone (*l'induration rouge*), 2) stwardnienie szare (*l'induration grise*). To ostatnie dzieli on na dwie fazy: *a*) Pierwszą stwierdzić można po 1—3-miesięczném trwaniu choroby. Płuco przedstawia się wtedy zbitsze, na przekroju suche, gdzieniegdzie jeszcze powierzchnia jest ziarnista, oskrzele nie są rozszerzone. *b)* Druga odmiana występuje najwcześniéj w 4—5 miesięcy po przebytém ostrém zapaleniu. Tu już mamy obraz o wiele bardziéj wyrazisty. Płuco jest zbite, przy krajaniu trzeszczy, palec tylko z wielkim oporem wchodzi w sam miąższ, barwa jest szara, powierzchnia gładka nie ma ani śladu ziarnistości; opłucna jest zgrubiała, płuco jest nieco pomniejszone, rozszerzenia oskrzeli nie ma. Pod drobnowidem widzimy rozwój tkanki łącznéj międzymiąższowéj, przez co pęcherzyki są pomniejszone, tak co do liczby jak i co do rozmiarów, ściany ich są zgrubiałe, często w ich miejscu znajdują się wyrośle polipowate, wychodzące ze ściany a złożone w części ze zbitéj tkanki łącznéj, w części z komórek wrzecionowatych.

Gdyby zmiany w płucu w naszym przypadku były wynikiem zapalenia włóknikowego, to idąc w ślad za Charcotem znaleźlibyśmy w takim razie obydwie te fazy; w górze zmianę starszą, ku dołowi stopniowo przechodzącą w zmianę świeższą. Już ten wzgląd sam przez się a tém bardziéj ta okoliczność, że w przypadku naszym od wybuchu ostatniego zapalenia ostrego najwięcéj półtora miesiąca upłynęło, wystarcza, aby wypowiedzieć zdanie, że cały obraz płuca nie może być uważany za skutek ostatniego zapalenia włóknikowego, a więc, że takowe musiało się rozwinąć w płucu, w którém poprzednio już odbyła się zmiana międzymiąższowa.

Co do ostatecznéj przyczyny tego zapalenia międzymiąższowego, to wystąpienie zmian tylko w jedném płucu, brak zmian w oskrzelach, brak wszelkich złogów mogących się dostać od zewnątrz do dróg oddechowych, brak wreszcie głębszych zmian naokoło oskrzeli lub ognisk serowatych pozwalają z całą stanowczością wykluczyć wszelkie rodzaje pylic, długotrwałe sprawy nieżytowe lub zmiany swoiste. Przyczyną tą, która zresztą działać musiała jednostronnie, gdy tylko jednostronną zmianę wywołała, po wykluczeniu innych było więc albo zapalenie płuc włóknikowe albo zapalenie opłucnéj. Ta ostatnia możebność jest jednak całkiem nieprawdopodobna, jeżeli, pomijając nawet wywiady, uwzględni się tę okoliczność, że obraz płuca w danym przypadku nie odpowiada wcale wyglądowi płuca dotkniętego zapaleniem międzymiąższowém, gdzie sprawa chorobowa bierze początek w zapaleniu opłucnéj. Charcot zwraca bowiem uwagę, że w płucu, w którém zapalenie opłucnéj wywołało zmianę międzymiąższową, ciągną się od opłucnéj ku miąższowi płucnemu nieregularnie pasma tkanki łącznéj, obejmujące całe grupy pęcherzyków, których ścianki często są niezmienione. W naszym przypadku mieliśmy jednostajną

prawie zmianę na całym obszarze zajętego płuca tak, że nie wahamy się przypuścić, że przyczyna jednocześnie na wszystkich miejscach zadziałać musiała, tą zaś, idąc drogą wykluczenia, nie może być nic innego jak zapalenie płuc włóknikowe, które chory według wywiadów poprzednio przebywał.

Zgrubienie znaczne opłucnéj, jakie w tych miejscach znajdujemy, nie zadziwia nas. Sprawy zapalne miąższu płucnego i opłucnéj stoją w bardzo ścisłym związku ze sobą, a to z powodu wspólnego unaczynienia przez tętnicę płucną. Tak często przecież klinicznie już stwierdzamy równoczesne wystąpienie zapalenia płuc włóknikowego i zapalenia opłucnéj, że zmianę na opłucnéj w postaci rozrostu tkanki łącznéj także do téj saméj przyczyny odnieść nam wypada.

Zmiana więc starsza w górnéj części płuca jest, zdaniem naszém, bezsprzecznie wynikiem zapalenia włóknikowego. Zmianę świeższą, jaką znajdujemy idąc ku niższym częściom płuca, możnaby pojąć wprawdzie w sposób ten, że raz powstałe zboczenie szerzyło się coraz daléj, lecz sądzę, że nie dalecy będziemy od prawdy przypuszczając, że dopiero powtórne zadziałanie tego samego bodźca, który już raz zmianę w płucu wywołał, mogło toczącą się sprawę podniecić i szersze nadać jéj granice. Przypuszczenie to nabiera większéj wagi, skoro w przypadku IIgim powyż podanym już klinicznie można było stwierdzić podniecenie sprawy śródmiąższowéj przez bodziec, który poprzednią zmianę zapalną wywołał, skoro przytoczymy wreszcie, że Charcot nietylko stwierdzał, że sprawa międzymiąższowa wywołana typowém zapaleniem najczęściéj występuje u indywiduów, które kilkakrotnie po téj saméj stronie takowe przebywali, lecz nadto tak klinicznie jak anatomicznie stwierdzał postęp po każdorazowém przebyciu téj choroby.

Zbierając całą rzecz razem przychodzimy do wniosku, że ze stanowiska klinicznego między przyczynami wywołującemi zapalenie płuc międzymiąższowe policzyć należy i zapalenie płuc włóknikowe, nie rozstrzygając naturalnie ze stanowiska anatomopatologicznego mniejszéj lub większéj równorzędności obydwu spraw już w samym zawiązku choroby.

Przypuszczając to zdanie ze stanowiska klinicznego ważném jest podanie momentów etyjologicznych, które mogą zadziałać na wytworzenie się zmiany międzymiąższowéj. Pod tym względem z dotychczasowych spostrzeżeń dadzą się wysnuć następujące wskazówki: Zapalenie międzymiąższowe należy do rzadkich następstw zapalenia włóknikowego płuc; najczęściéj przytrafia się u osób starszych (Charcot, Marchand, Cornil i Ranvier, nasze 3 przypadki), u ludzi, których ustrój podkopany jest chorobami innemi, którzy oddają się nałogowi pijaństwa (nasz III przypadek), przebywają ostre zapalenie płuc wśród niekorzystnych warunków atmosferycznych (Lebert, Woronichin, Eppinger, Marchand), jedném słowem u ludzi, u których są dane warunki do powolnego rozdzielania się spraw zapalnych, u których, jak się Leyden wyraża, energija serca jest osłabiona już to przez wiek, już to przez inne choroby lub przez nasilenie samego zapalenia płuc.

Ważnym momentem etyjologicznym jest kilkakrotne powtarzanie się zapalenia po téj saméj stronie; świadczą o tém zestawienia Charcota i spostrzeżenia Marchanda, świadczą o tém także i nasze przypadki II i III. Że tak jest, pojąć to łatwo, jeżeli się uwzględni, że częste powtarzanie się bodźca zapalnego wśród niekorzystnych a powyż wymienionych warunków, za każdym nawrotem podniecić może do żywszego rozwoju tlejącą sprawę zapalną w tkance łącznéj, jeżeli się zresztą zwróci uwagę na zrosty opłucnowe, które po zapaleniu płuc tak często powstają. Nastrzykiwania przekonywają bowiem, że przez te zrosty tworzy się komunikacyja między naczyniami płuca a naczyniami klatki piersiowéj; bogatsze więc unaczynienie, a ztąd i obfitszy dowóz materyjału odżywczego do okolic płuca w sąsiedztwie opłucnéj położonych, tłumaczy nam tę okoliczność, dla czego najdaléj posunięty proces znajdujemy zazwyczaj w częściach przybrzeżnych płuca. W tym razie nieobojętnym może czynnikiem jest także i upośledzenie przez zrosty ruchów samego płuca, a przez to i utrudniona wentylacyja płuc.

W rozprawie swojéj Marchand zwraca uwagę jeszcze na jeden szczegół. Opierając się na doświadczeniach Lassara, który po oziębieniu powłok zewnętrznych u zwierząt znajdował sprawy międzymiąższowe w wewnętrznych narządach, daléj na okoliczności, że przypadki jego dotyczą indywiduów, które przebywały zapalenie płuc wśród wpływów chłodnéj atmosfery, wysnuwa wniosek, że do powstania sprawy międzymiąższowéj po zapaleniu płuc włóknikowém może przyczynia się i nagłe oziębienie powlok zewnętrznych i ztąd wynikające przekrwienie narządów wewnętrznych.

Przypuszczenie to nie zdaje mi się być zupełnie słusznėm, w takim razie bowiem tacy lekarze, jak np. Jürgensen, którzy każdego chorego z zapaleniem płuc włóknikowém wsadzają do kąpieli zimnéj, gdy tylko gorączka wyżéj się podniesie, a więc oziębiają powłoki zewnętrzne, mogliby najprędzéj głos zabrać w téj sprawie i dostarczyć największéj liczby przypadków kazuistycznych, czego jednak nie czynią, a co ważniejsza nie czynią tego i przeciwnicy tego sposobu leczenia.

Może daleko bardziéj uprawnionėm jest przypuszczenie, że do rozrostów tkanki łącznéj w ogóle, a w szczególności do wytworzenia się zapalenia międzymiąższowego płuc z zapalenia włóknikowego, usposabiają pewne warunki podniebia i pewne stosunki klimatologiczne bliżéj nam nieznane, a dla pewnéj okolicy właściwe. Warunki te zdają się istnieć i w kraju naszym, gdyż sprawy włókniste (*fibromatosis)* przydarzają się u nas bardzo często, a zapalenie płuc międzymiąższowe tak według spostrzeżeń czynionych poprzednio w klinice lekarskiéj krakowskiéj, jakotéż według spostrzeżeń Heschla z czasów, gdy był profesorem anatomii patologicznéj w Krakowie, w naszych okolicach wcale nie należą do rzadkości.

II. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 25).

D) Tężyczka *(Tetania)*.

Tężyczka czyli tężec częściowy, opisany po raz pierwszy przez Steinheima jako osobliwa postać gośćca, jest, jak wiadomo, nerwicą ruchową, cechującą się skurczem tonicznym pewnych grup mięśni, po największéj części odnóg górnych, wzmagającym się od obwodu ku środkowi, występującym zazwyczaj symetrycznie na obydwu stronach, napadami mniéj lub więcéj częstemi, krócéj lub dłużéj trwającemi, przegradzanemi chwilami zupełnéj swobody. Znaczną skłonność do téj

choroby okazuje wiek dziecięcy, a zwłaszcza występuje ona u dzieci młodszych, ze zboczeniem krzywiczém i w ślad za têm idącemi zaburzeniami w trawieniu; uważano ją również po przeziębieniu i po chorobach zakaźnych. Ostateczna jéj przyczyna jest nam nieznaną, przypuszczamy tylko drobniejsze zboczenia odżywcze tak w nerwach obwodowych jak i w ośrodkach, za czém ostatniém przemawia równoczesne zajęcie większéj ilości mięśni, wystąpienie symetryczne na obydwu połowach ciała i towarzyszące często zboczenia czuciowe. Czy jednak z ośrodków tylko rdzeń ma być zajęty, jak to utrzymuje Erb na podstawie różnicy pobudliwości elektrycznéj między nerwami czaszkowemi a rdzeniowemi, w obec małéj ilości przypadków pod tym względem badanych, i niestałych zmian znajdowanych przy sekcyi, stanowczo orzec nie można.

Z trzech przypadków tetanii, które w szpitalu mieliśmy sposobność zauważyć, dwa zakończyły się śmiercią skutkiem chorób póżniéj się rozwijających i w obydwu tych przypadkach sekcyja wykonaną została, badania jednak drobnowidowego nie przedsięwzięto. Przypadki te są następujące:

1) Blima Kriegerówna, dziewczyna 1-roczna przyjęta do szpitala 28 stycznia 1879. Wywiadów brak. Czaszka okrągła, z wymiarów zdradzająca małogłowie, obwód wynosi 41 cm., ciemię bardze małe. Stan odżywienia dziecka mierny, objawów krzywicy nie ma. Z wyjątkiem przepukliny pępkowéj średniego stopnia trzewa prawidłowe. Odnogi górne w stawach łokciowych zgięte, sztywne, ramiona do kadłuba zbliżone, przedramiona spoczywają w połowie górnéj na klatce piersiowéj, ręce w stawach garstkowych mocno zgięte i nieco ku stronie sprychowéj nachylone, palec 2gi, 3ci, 4ty i 5ty w stawach (*articulationes metacarpo-phalang.*) pomiędzy kośćmi śródręcza a falangami pod kątem rozwartym zgięte, w stawach zaś pojedyńczych członków wyprostowane i do siebie przyciśnięte, podczas gdy kciuki do dłoni przyciśnięte, w stawach zaś pojedyńczych członków wyprostowane i do siebie przyciśnięte, podczas gdy kciuki do dłoni przyciśnięte, w stawach palcowych wyprostowane, przylegają powierzchnią dłoniową do reszty palców. Położenie to skurczowe, cechujące tetaniję a porównane bardzo trafnie do postaci, jaką nadaje swéj ręce akuszer przy wprowadzaniu jéj do pochwy, symetrycznêm jest po obydwu stronach. Mięśnie są napięte i twarde, za dotykiem bolesne; przy wyprostowaniu, a raczéj usiłowaniu wyprostowania, członki stawiają bardzo znaczny opór, objawiając przytém ból znaczny. Mimo użycia dość znacznéj siły dają się członki zgięte tylko do pewnego stopnia wyprostować, lecz po ustaniu siły wracają natychmiast do dawniejszego położenia. Odnogi dolne wyprostowane, stopy w ustawieniu kopytonogi, ruchy bierne jednak wolne. Dziecię zresztą ma się wcale dobrze, czynności narządu trawienia i wydzielania prawidłowe. Dopiero po dwudniowém trwaniu przykurczenia ustąpiły zwolna i całkowicie, jednak po upływie dalszych 3ch dni, podczas których ruchy odnóg były prawie całkiem swobodne, pojawiły się skurcze napowrót, bez wiadomego powodu, rozpoczynając się od zginaczy palców a przechodząc po kolei mięśnie ręki i przedramienia. Skurcze te podczas snu nie ustępowały, podobnie wpływu na nie nie miało zapalenie płuca lewego, które przystąpiło 20 lutego. Natomiast wzmogły się jeszcze przypady, a mianowicie 28 lutego stężenie przeszło także i na mięśnie wyprostne grzbietu, przy równoczesném wystąpieniu objawów dławca, któremu dziecię po rozwinięciu się jeszcze zapalenia płuc ogniskowego obustronnego dnia 2 marca o godzinie 6 wieczorem uległo.

Sekcyja wykonana 4 marca 1879 wykazała: *Laryngitis et tracheitis crouposa, pneumonia catarrhalis bilateralis, catarrhus chronic. intestini tenuis c. hyperplasia glandular. mesaraicarum.* Co do ośrodków mózgowo-rdzeniowych zauważono tylko w przestworach podpajęczych skąpą ilość cieczy surowiczéj jasnéj, w istocie zaś białéj mózgu liczne ciemno-czerwone kropki i smugi.

Cechująca postać skurczów, intermisyja zupełna, rozwijanie się napadu od obwodu, brak zajęcia mięśni żuchwowych upewniały w przypadku niniejszym rozpoznanie tetanii najzupełniéj; doświadczenia Trousseaua, wywołanie napadu przez uciśnięcie pnia naczyniowego, nie wykonano; brak zaś jakichkolwiek innych przypadów ze strony narządu nerwowego za życia i odpowiednio do tego brak zboczeń anatomicznych w ośrodkach stwierdzony sekcyją, chroni od pomylenia z tetaniją t. zw. symptomatyczną; jakaż była zatém w przypadku niniejszym przyczyna téjże choroby? W obec braku wywiadów nie wiemy, kiedy wystąpił napad tetanii po raz pierwszy, i jakie choroby ewentualnie go poprzedzały, krzywicy ani znaczniejszéj niedokrewności dziecię nie przedstawiało, zboczeń w narządach trawienia ani zaburzeń w czynnościach podczas pobytu w szpitalu nie zauważyliśmy, pozostają zatém jedynie przy sekcyi znalezione zmiany w jelicie, a mianowicie nieżyt przewłoczny i obrzęk gruczołów krezkowych, do którychbyśmy wystąpienie tetanii odnieść mogli, co jednak bardzo jest problematycznêm. Powiedzieć zatém musimy, iż przyczyna całkiem nam jest nieznaną.

2) Szlojma Zwiefach, chłopiec 1-roczny przyjęty do szpitala 23 września 1880 z objawami nieżytu szczytowego płuc. Czaszka duża, czworokątna, ciemię większe aniżeli wiekowi dziecka odpowiada, nieco zaklęśnięte, mierny zanik kości potylicowéj; na klatce piersiowéj różaniec krzywiczy. Stan odżywienia zły, skóra wiotka skutkiem zaniku tkanki tłuszczowéj na pośladkach i wewnętrznéj powierzchni ud pomarszczona, gruczoły chłonne w pachwinach obrzękłe, liczne, miękkie. Wdech nad obydwoma szczytami płuc z tyłu zaostrzony pokryty drobnemi rzężeniami, wypuk różnicy nie przedstawia. W częściach dolnych płuc grubsze furczenia. Brzuch podatny, wątroba i śledziona prawidłowe. Wypróżnienia normalne. 27 września pojawia się nagle, bez jakichkolwiek zwiastunów lub przypadów ze strony narządu mózgowo-rdzeniowego, skurcz stały w odnogach górnych obejmujący zginacze ręki i przedramienia. Palce przyjmują cechujące tetaniję ułożenie; zgięte w stawach pomiędzy kośćmi śródręcza a falangami prawie pod kątem prostym a wyprostowane w stawach samychże falang, do siebie zbliżone, obejmują kciuki wyprostowane i do dłoni przyciśnięte. Ręce w stawach zgięte i ku stronie łokciowéj zwrócone, przedramiona w stawach łokciowych zgięte i sztywne. Skurcze bolesne, dziecię niespokojne, płacze. Już nazajutrz skurcz zupełnie ustąpił, występuje jednak napowrót za uciśnięciem pnia naczyniowego naramieniu, sprawiając widocznie dziecku ból znaczny, ustaje jednak szybko po zaprzestaniu wywieranego ucisku. Przypadku tego daléj obserwować nie można było, gdyż rodzice przestraszeni ponowném wystąpieniem skurczu 30 września, bojąc się mimo perswazyi zejścia śmiertelnego a głównie sekcyi, dziecię ze szpitala zabrali.

3) Jan Głowacki, chłopiec 4½ letni, przyjęty 29 grudnia 1880. Chory miernie odżywiony, blady, twarz obrzmiała,

gruczoły karkowe powiększone, kaszel dość częsty z cechą krztuścową, na więzadełku języka wrzodzik. Po stronie lewéj klatki piersiowéj z tyłu około kąta łopatki ton wypukowy krótszy, nieco bębenkowy, przy oddechu rzężenia trzeszczące, drobne, równobańkowe. Śledziona niemacalna. W moczu dobrze spostrzegalny ślad białka, chlorki zmniejszone. Na kościach odnóg dolnych ślady krzywicy. Ciepłota 38·4°C. Rozpoznanie: *Pertussis subseq. pneumonia catarrhal. sin.* Napadów krztuśca średnio po 6 do 8 dziennie. 7 stycznia 1881 przestaje gorączkować, objawy zapalenia płuca ustępują. 10/1 występuje nagle skurcz palców na obydwu rękach, który obejmuje następnie mięśnie zginacza rąk a 11/1 także i przedramion. Kciuk zgięty ku dłoni swą dłoniową powierzchnią, brzuścem swym dotyka prawie wszystkich brzuśców reszty palców w stawach śródręczo-członkowych mocno, w członkowych tylko lekko zgiętych; albo téż wysuwa się czasem pomiędzy palec wskazujący i średni tworząc t. zw. figę. Ręce w stanie zgięcia i pronacyi, przedramiona w stawach łokciowych pozginane. Chory żali się na ból dość znaczny wzmagający się przy dotykaniu; podaną bułkę chwyta stronami wyprostnemi ostatnich członków palcowych, lecz płacze skutkiem bólu, jaki mu ruch ten sprawia. Odnogi dolne zupełnie wolne, skurczem niezajęte. Przytomność zupełnie utrzymana, chory tylko niespokojny i płaczliwy, ciepłota prawidłowa, w tętnie zmian nie ma, sen spokojny, skurcz we śnie nie ustępuje. Dopiero 13/1 zauważono małe zwolnienie napięcia mięśni, które nazajutrz coraz bardziéj wolniało a 15/1 zupełnie ustąpiło. Ruchy wszystkie swobodnie wykonywa, podawane przedmioty w garść chwyta i nawet więcéj skomplikowane ruchy, jak np. związanie pętli, bez przeszkody wypełnia. Skurcz podobny więcéj dobrowolnie się nie powtórzył, chociaż można było wywołać go sposobem Trousseaua, aczkolwiek w słabym tylko stopniu i na czas bardzo krótki. Kaszel krztuścowy znacznie złagodniał, natomiast wystąpiło rozwolnienie utrzymujące się ciągle aż do opuszczenia zakładu przez chorego dnia 12 lutego. Z końcem kwietnia powrócił jednakże napowrót do szpitala z objawami nacieku gruźliczego płuca lewego poprzednio zapaleniem zajętego i drgawkami, śród których życie nagle zakończył. Przypadek ten opisano już pomiędzy przypadkami drgawek samoistnych, przypominam zatém tylko, iż sekcyja wykazała melanozę istoty korowéj mózgu znacznego stopnia i melanozę śledziony.

Pod względem etyjologii najprędzéj odnieść można wystąpienie tetanii w przypadku powyższym do skłonności skutkiem krzywicy i zboczeń w odżywieniu ogólném, sprowadzonych obecnością krztuśca i zapalenia płuca. Nagromadzenie barwika w korze mózgowéj mogłoby wprawdzie także przykurczenia sprowadzić, te nie byłyby jednak przemijającemi a wystąpieniu ich towarzyszyłyby i inne przypady ze strony narządu mózgowordzeniowego.

Porównywając przypadki tetanii przez nas zauważane, spostrzegamy, iż w dwu przypadkach na trzy wystąpiła u dzieci rasy semickiéj, skłonniejszéj w ogólności do chorób nerwowych, że pojawiła się zgodnie z spostrzeżeniami Soltmanna w miesiącach chłodnych i wilgotnych, że odżywienie nawiedzonych dzieci było podupadłe, choć nie okazywały właśnie w chwili wystąpienia napadu znaczniejszych zboczeń w trawieniu, że odnogi dolne przeważnie nie były zajęte, że objaw Trousseaua w dwóch ostatnich przypadkach dał się stwierdzić i że sekcyja wreszcie żadnych zmian makroskopowych w rdzeniu nie okazała, podczas gdy w mózgu napotkano raz przekrwienie a raz melanozę kory. (C. d. n.)

III. Toczeń żrący czyli wilk grudkowato-pełzający, długotrwały, uleczony.

Podał Dr. Józef Ulanowski w Lublinie.

Maryjanna Małtarzewska, lat 51 mająca, wdowa, która trzy razy rodziła, ostatni raz przed 19tu laty, w okresie zwrotu płciowego, gdyż miesiączkowanie co trzy lub cztery miesiące przychodzi, w dobrych warunkach zdrowotnych zostająca. W młodości przebywała wrzody niewielkie na goleniach, jak o tém świadczą pozostałe blizny, bardzo mizerna, blada, wycieńczona i osłabiona długotrwałym toczniem żrącym grudkowato-pełzającym, który ukazawszy się przed czterema laty na przedniéj górnéj części lewéj goleni, rozszerzył się z biegiem czasu prawie do połowy uda, zmieniwszy skórę i zostawiając blizny cechujące i oszpecające rozmaitego kształtu i głębokości oraz sprowadziwszy zesztywnienie stawu kolanowego do tego stopnia, że M. zmuszoną była te cztery lata przeleżeć w łóżku i czasem tylko używała ruchu krótkotrwałego (pół godziny dziennie) przy pomocy dwóch kul, stopa i dolna część goleni mocno obrzmiałe. Toczeń w chwili, gdy M. wezwała mnie w miesiącu lutym rb., znajdował się w okresie rozwoju czyli szerzenia i pełzania wyżéj na dalszą część uda, tworząc rowek okalający takowe, głęboki na pół cala, wężykowaty, wydzielający obficie ropę. Chora uskarżała się na częste bóle głowy, zawroty i zatrzymanie stolca, pochodzące prawdopodobnie w części z braku ruchu. Po zbadaniu stósownem, prócz blizn na goleniach, innych zjawisk charłactwa zołzowego nie znalazłem, również nie było najmniejszych śladów charłactwa gnilcowego i kiłowego, a tylko prócz choroby samoistnéj *Lupus tuberculososerpiginosus*, w okresie powyżéj opisanym, wyśledziłem przewlekły nieżyt oskrzeli. W takiém położeniu sprawy chorobowéj, uwzględniając, iż toczeń mógł się w danym przypadku rozwinąć na gruncie zołzowym, że M. znajduje się w okresie przechodnim, że nieżyt oskrzeli i zatrzymanie stolca sprawiają przypływy krwi do głowy i zawroty, i że w ostatnich czasach przetwory jodowe okazały się skutecznemi w leczeniu nieżytów przewodu oddechowego, uznałem za jedyne wskazanie, prócz opatrunku, zalecić używanie pigułek następujących: *Rp. Kalii jodati 7,50 Rad. Rhei optimi 7,50, Extr. Liquiritiae q. s. ut fiant pilulae 120. Consp. DS.* Trzy razy dziennie po trzy pigułki i do opatrunku raz na dzień maść: *Rp. Jodoformii 2,50, Acidi carbolici 0,72, Olei Eucalypti globuli 7,50, Vaselini 45,00.* Po wyżyciu téj ilości pigułek i maści stan choréj polepszył się widocznie, rowek okalający udo zrobił się płytszym, wydzielał mniéj ropy i szerzenie się w górę ustało, obrzmienie stopy i goleni mniejszel, bóle głowy mniéj dokuczliwe, stolec normalny, po wyżyciu zaś pięciu takich ilości tak pigułek jak i maści, tj. w ciągu $2\frac{1}{2}$ miesięcy, toczeń prawie zupełnie zagojony, gdyż w jedném tylko miejscu jeszcze sączy się nadzwyczaj mało (zaledwie widzialna ilość) płynu ropiastego, chora bez kuli chodzi i zajmuje się robotą domową (jest służącą), gdyż zesztywnienie stawu kolanowego usunięte, obrzmienie stopy i goleni zmniejszone, nie kaszle, zjawiska nieżytu oskrzelowego znikły, nie uskarża się na bóle głowy i zawroty, wesoła, je, trawi i wygląda dobrze, bo przytyła przy odżywianiu ustroju dostateczném. Półtora miesiąca upłynęło od czasu zupełnéj poprawy, a jednak powrotu choroby ani téż śladu pogorszenia w czémkolwiek nie można dostrzedz, przeciwnie M. coraz lepiéj wygląda, chodzi i cieszy się względnie do wieku zdrowiem wcale dobrém.

Przypadek ten zasługuje na ogólną uwagę z kilku względów, a mianowicie: 1. że choroba (*Lupus*) znana ze swéj uporczywości (gdzie często nóż, żelazo rozpalone, galwanokaustyka, chlorek zynku, ciasto wiedeńskie, ciasto Landolfiego, kamień piekielny i pryszczydła nie przynoszą skutków pomyślnych), względnie dosyć szybko uleczoną została i to sposobem nieprzykrym dla choréj; 2. że chociaż w ciągu czterech lat M. była leczoną przez kilku renomowanych lekarzy, którzy wypróbowawszy też same środki (*Jodoform, Acidum carbolicum*) tylko w inny sposób stosowane, z wyjątkiem leczenia wewnętrznego przetworem jodu i domieszki, oleju rozdrębu gałeczkowatego do maści waselinowéj, chorą porzucali, uważając ją za nieuleczną; 3. że przypadek ten stwierdza także, iż przetwory jodowe leczą skutecznie cierpienia dróg oddechowych nawet w okresach przewlekłych.

Zapewne, że z jednego tego przypadku uleczenia pomyślnego, nie można przesądzać stanowczo skuteczności sposobu powyższego we wszystkich podobnego rodzaju cierpieniach, widząc jednak tak uderzające powodzenie w téj bardzo ciężkiéj i przewlekłéj chorobie u kobiety w okresie przechodowym, uważałem za pożyteczne zakomunikować szanownym kolegom, aby raczyli wypróbować sposób ten w szpitalach i praktyce prywatnéj i o wynikach, jakie nastąpią, w Przeglądzie Lekarskim zawiadamiać [1]).

IV. Oceny i sprawozdania.

F. König (Gietynga): **Prątki gruźlicze w obec badań klinicznych.**

Kilka lat zaledwie upłynęło od czasu, gdy lekarz wypowiadający, że gruźlica jest chorobą zakaźną na tle rozwoju pasorzytów polegającą, wyjątkowo tylko znajdował wiarę i posłuch u słuchaczów. A było to przecież zdanie, do którego musiał przyjść każdy pilnie badający klinicysta, jeżeli tylko zwracał uwagę na przebieg choroby. Zbyteczna dodawać, że najodpowiedniejszemi do spostrzeżeń w tym kierunku były przypadki, w których rozwijała się sprawa chorobowa na powierzchni ciała czy to w skórze czy téż w gruczołach powierzchownych lub wychodząc z nasad kostnych zajmowała stawy i ztąd wydobyła się na powierzchnię dostępną dla oka, zrządzając tam właściwe sobie zmiany; najwięcéj pouczającemi były przypadki, w których zabiegi lecznicze skłaniały lekarza do wdrażania w głąb kości i niszczenia tamże ognisk podstępnéj choroby. W tymto właśnie kierunku dozwalały najnowsze zdobycze chirurgii, raz pod osłoną leczenia antyseptycznego, to znowu w obec korzyści bezkrwawego sposobu operowania według metody Esmarcha, zbierać doświadczenia i badać sprawy gruźlicze w ustroju w takich warunkach, jakiemi zaledwie dotąd anatom patologiczny na zwłokach mógł rozporządzać. W te korzyści zaopatrzeni badali w ten sposób klinicyści, zwłaszcza Volkmann i sam autor, przebieg spraw gruźliczych i przyszli do przekonania, że wszystkie nazwą *tumor albus* objęte schorzenia są przyrody zakaźnéj a jako takie szerzą się w innych tkankach, będąc zrazu schorzeniem miejscowém; oni téż spostrzegli, że jak sprawy te dają z jednéj strony początek ogólnéj gruźlicy, pojawiają się częstokroć jako miejscowe cierpienie wśród ogólnego schorzenia gruźliczego. Zdania ich wywoływały pośród chirurgów najrozmaitsze zarzuty, najczęściéj bezpodstawne, lekarze chorób wewnętrznych prawie wcale się o nie nie troszczyli.

Takim był stan rzeczy przed odkryciem dokonaném przez Kocha; po tém odkryciu przeciwnicy lub obojętni zrazu dla téj sprawy jéj stali się zagorzałymi zwolennikami i ustał wszelki spór, czy suchoty płuc są natury gruźliczéj, czy na tém tle rozwijają się sprawy zapalne w gruczołach u założowych lub cierpienia stawów zwane *tumor albus*, a stało się niewątpliwém, że gruźlica jest chorobą zakaźną. Wpływ, jaki odkrycie Kocha wywarło, stanowi zadośćuczynienie dla chirurgów, gdyż wyniki ich badań, opartych na doświadczeniu klinicznem, podane zrazu w wątpliwość zyskały w tém odkryciu niewzruszoną podstawę. Tak tedy stanęli wszyscy zajmujący się badaniem spraw gruźliczych lub jéj istoty na jednéj drodze, mimo jednak, że sprawa sama zyska tym sposobem, nie można wcale spodziewać się odpowiednich korzyści z tego odkrycia, dających się zastósować w życiu praktycznem. Jeżeli znaczenie prątków gruźliczych w rozpoznawaniu schorzeń miąższu płucnego jest doniosłém, to dla chirurga jest ono zupełnie podrzędném, i smutném byłoby, gdyby chirurg, który ma tyle doświadczenia w sprawach gruźliczych, tyle razy sposobność badania naocznie, miał się uciekać do takiego środka rozpoznawczego. W bardzo nielicznych tylko przypadkach może wykazanie prątków i doświadczenie przedsięwzięte na zwierzęciu uchylić pewne wątpliwości rozpoznawcze. Nikt nie powinien sądzić, że odkrycie Kocha i zastósowanie tegoż rzuci światło nie tylko na genezę choroby, lecz wpłynie również na sposób leczenia, a w tém przekonaniu porzucił drogę doświadczenia leczniczego, którą dotąd postępowano; zapatrywanie tego rodzaju byłoby niewątpliwie wielce szkodliwém dla sprawy a następstwa odkrycia prątków nazwaćby raczéj wypadało krokiem wstecznym. Badanie historyi naturalnéj prątka winno odbywać się niejako w ustroju człowieka a doświadczenie na zwierzęciu ma rzecz w tym kierunku daléj posuwać. Ale i w tém badaniu należy się wystrzegać jednostronności; jak z wyłącznego badania owrzodzeń w skórze lub spraw gruźliczych w gruczołach, tak téż z wyłącznego zwrócenia uwagi na miąższ płucny nie można kreślić dokładnego obrazu choroby i uważać te spostrzeżenia za podstawę badań nad przebiegiem tego zakażenia. Jeżeliby np. chciano obraz suchot płucnych uważać za typowy przebieg zakażenia, to snadnie możnaby zostać w błąd wprowadzonym przez wikłające się ze sprawą suchot sprawy gnilne i tego samego spodziewać się można, gdyby za typowy uznano przebieg owrzodzeń i zapaleń skóry lub gruczołów. Przecież t. zw. gorączka gruźlicza zawdzięcza swe powstanie jedynie tym powikłaniom. Odpowiedź na pytanie najważniejsze dla ludzkości znajdzie się przy staraniach obustronnych, chirurdzy działali już nawet w t m kierunku jakkolwiek z rezultatem ujemnym; już przed odkryciem Kocha wiedzieli oni, że jad gruźliczy opiera się zwykłym środkom antyseptycznym, ani gorące nadzieje Karola Hütera, że kilka kropel silnego rozczynu karbolu wystarczy do zniweczenia ognisk z jadem gruźliczym ani doświadczenia przez zlewanie i wymywanie ognisk gruźliczych nie odniosły żadnego skutku; tém mniéj się go téż można spodziewać po wewnętrznem stósowa-

[1]) Nam się nasuwa uwaga, czy nie należałoby uważać przypadek powyższy za objaw zakażenia kiłowego, za którém niektóre szczegóły bardzo przemawiają. Jako przypadek liszaja żrącego wyleczonego za pomocą jodku potasu obok zewnętrznego stosowania jodoformu w połączeniu z kwasem karbolowym i olejkiem rozdrębu gałeczkowatego, zasługiwałby on na szczególną uwagę i zachęcić powinien, idąc w myśl autora, do powtórzeń. *Uwaga Red.*

niu tych środków. Zdaniem autora nie jest jeszcze rozstrzygniętém, czy działanie jodoformu po dosadnéj operacyi należy w obec tworów gruźliczych uważać za swoiste; chirurgija liczy się dotąd z tym tylko pewnikiem, że po usunięciu wybujałości gruźliczych za pomocą noża, ostréj łyżeczki, środka żrącego lub metalu rozżarzonego niszczy się gruźlicę miejscowo. Tak tedy odkrycie stanowiące epokę wyda dopiero po zjednoczonych usiłowaniach bakteryjologów i klinicystów błogie dla ludzkości następstwa. (*Cbl. für Chirurg.* Nr. 22, 1883). *Dr. Schaitter.*

Councilmann: **O warunkach ropienia.**

Jak słupy pomnikowe wznoszą się wśród ogromu nabytków wiedzy lekarskiéj z ostatnich dwóch dziesiątków lat nauka o ropieniu i bakteryjologija. Jedna i druga nadały całkiem odmienne wejrzenie naszéj nauce, wpływ ich na pojmowanie spraw chorobowych nie znajduje sobie podobnego w dziejach medycyny. Naturalném następstwem rzeczy zwróciły się dziś umysły do wyszukania związku domyślnego między pasorzytami a tą sprawą, która w ogóle znamionuje zapalenie właściwe, t. j. ropieniem. Czy do powstawania ropienia konieczne są bakteryje czyli téż nie? Tak postawione pytanie jest niesłychanéj wagi i nie dziw téż, że coraz to częściéj spotykamy się z pracami, które mniéj lub więcéj szczęśliwie na nie odpowiadają. Dziś przychodzi mi zdać sprawę z pracy wykonanéj w pracowni lipskiéj przez Dra Councilmana. Z tém większą czynię to gotowością, ile że metoda, którą się C. posługiwał, jest **zupełnie identyczną**, ze sposobem, którego sam używałem przy poszukiwaniach w téj saméj kwestyi jeszcze w r. 1880, w czasie gdy pracowałem pod okiem prof. Ponficka we Wrocławiu. C. opisuje szczegóły téj metody, jakby dotąd nieużywane i nieznane [1]) Jeśli nas pamięć nie myli, to blisko dwa lat temu Uskow wystąpił z twierdzeniem na doświadczeniach opartém, że do rozwinięcia się ropienia nie są konieczne bakteryje. Wkrótce pojawia się praca Orthmana (*Virch. Arch.*, t. XC., str. 549) wykazująca wprawdzie liczne niedostatki doświadczeń Uskowa, w zasadzie jednak również wypowiadająca myśl, że istnieje kilka chemicznych ciał zdolnych bez współudziału bakteryj sprowadzić ropienie. Zarzut jednakowoż, jaki można i pracy O. czynić, jest tego rodzaju, że kwestyjonuje najważniejsze wyniki, możebną bowiem jest rzeczą, że mikroorganizmy już po uskutecznioném doświadczeniu dostawały się do ustroju zwierzęcia przez kanał, którym wstrzyknięto płyn podskórnie!

Otóż metoda, jakiéj użył C. za poradą, jak pisze, Cohnheima, a o któréj wiedziano i którą wykonywano jak wspomniałem, w pracowni Ponficka już w r. 1880, jest w istocie wolną od wszelkiego zarzutu. Polega zaś na tém: cieniutką szklaną rureczkę zatapia się na jednym końcu a przez drugi wpuszcza się przy pomocy cieniutkiéj pipety kilka kropel płynu, według C. mięszaninę 1 cz. olejku krotniowego i 5 części *ol. olivar.* Przed każdém napełnianiem ogrzewano płyn do wrzenia i przygotowywano świeżo pipetę i rureczkę szklaną. Po napełnieniu zaś rureczki szklanéj zatapiano jéj wolny koniec nad lampką. Rurkę tę 2—3cm. długą wprowadzono w tkankę podskórną królika, naciąwszy ostrożnie wprzód skórę [2]). Autor wykonał szesnaście doświadczeń na 7 królikach. Rana, czasem kilku szwami spojona, szybko się zabliźniała a rurka znajdująca się w tkance podskórnéj była łatwo zawsze wymacalną i przesuwalną. Po kilku dniach, nieraz dopiero we dwa tygodnie, zmiażdżono rurkę naciskając palcem na nią przez skórę nietkniętą. W miejscu zmiażdżonéj rurki powstawała w ciągu paru dni chełbocąca wyniosłość, która za nacięciem okazała się jako **ropień**. Badanie wydobytéj ropy ze względu na obecność mikrokoków, wydaje ujemny wynik, niemniéj i otoczenie ropnia było całkowicie od grzybów wolne. Na uwagę zasługuje doświadczenie próbne, w którém użyto zamiast olejku krotniowego roztworu jednoprocentowego soli kuchennéj. Po zmiażdżeniu rurki wcale nie rozwinęło się ropienie, lecz w miejscu tém powstał twardy guz, w którym po nacięciu znaleziono szczątki szkła otorbione zbitą tkanką łączną.

C. wysnuwa ze swych doświadczeń wolnych, jak sądzi, od zarzutów, wniosek że do sprowadzenia sprawy zapalnéj ropnéj (ropnego zapalenia) nie potrzeba obecności ani współdziałania mikroorganizmów, lecz że niektóre istoty chemiczne jak olejek krotniowy własność tę posiadają. Okoliczności te wcale nie sprzeciwiają się znanym faktom, tak w chirurgii jak i w medycynie wewnętrznéj napotykanym, że większa część spraw ropnych na wpływach zakaźnych polega. (*Virch. Arch.* t. 92, z. 2).

O ile powyższe wyniki odmienne są od tych, do których sam doszedłem, widocznem jest ze sprawozdania z owego posiedzenia Tow. lek. lwowsk., na którém doświadczenia własne omawiałem. *Dr. Pisek.*

N. Weiss: **O patologii i anatomii patologicznéj tężyczki.**

Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego wiedeńskiego zestawił W. 13 przypadków tężyczki (tetanii), które się rozwinęły po wyłuszczeniu gruczołu tarczykowego. Z tego zestawienia okazało się, że tężyczka spostrzeganą była zawsze tylko u osób młodych płci żeńskiéj po całkowitém wyłuszczeniu gruczołu tarczykowego, że choroba zaraz w pierwszych dniach po operacyi (najpóźniéj w 10 dni) występowała, że tylko w 8 przypadkach spostrzeżono porażenie lub niedowład nerwu wstecznego, i że wreszcie w 5 przypadkach nastąpiło wyleczenie, a w 7 zejście śmiertelne (w 2ch przypadkach z pewnością skutkiem tężyczki), a w jednym przypadku istnieją już od lat 3ch jeszcze dotąd bez przerwy objawy tężyczki.

Zdaniem prelegenta istnieje związek przyczynowy pomiędzy wyłuszczeniem gruczołu tarczykowego a następową tężyczką. Jako anatomiczne zaś podścielisko choroby uważa ciągły, a w chwili napadu potęgujący się stan podrażnienia w przednich rogach szaréj istoty rdzenia pacierzowego i przedłużonego.

Za przyczynę tego podrażnienia szaréj istoty podaje autor z jednéj strony możebność powstania przekrwienia w rdzeniu pacierzowym przez podwiązanie dolnych tętnic tarczykowych i zwiększenie się przez to dopływu krwi do tętnic kręgowych, — z drugiéj zaś strony uważa za bardzo prawdopodobne, że drażnienie obwodowych nerwów sympatycznych, wywołane przez podwiązanie tak licznych tętnic, pociąga za sobą także podrażnienie ośrodków dla naczyń mięśni szyi i rdzenia przedłużonego, że koniecznem następstwem tego jest stan podrażnienia szaréj istoty owych części rdzenia.

Jako podstawę anatomiczną téj choroby uważa W. zmiany w szaréj istocie rdzenia pacierzowego, przez niego spostrzegane w 3 przypadkach. Zmiany odnoszą się do ko-

[1]) O wynikach méj pracy, nieogłoszonéj drukiem z przyczyn odemnie niezależnych, wspomniałem w streszczeniu na jedném z posiedzeń Tow. lek. galic. blisko przed pół rokiem.

[2]) Daleko stosowniejszém zwierzęciem do tych doświadczeń jest pies, jak miałem sposobność przekonać się, z królików tylko silniejsze i starsze.

mórek zwojowych w przednich rogach szaréj istoty w części szyjnéj rdzenia pacierzowego, a polegają na nabrzmieniu komórek zwojowych i boczném wyparciu ich jąder, na wytworzeniu się jameczek (*vacuolae*) w komórkach zwojowych i ich wypustkach, wreszcie na zaniku tychże i pomarszczeniu się ich pierwoszczy oraz zmniejszeniu i spłaszczeniu jąder. Zmiany te mają swą siedzibę w części szyjnéj rdzenia pacierzowego, najwybitniéj zaś występują w wysokości 5go i 6go korzenia szyjnego. Nadto znajduje się wyraźne po części wrzecionowate nabrzmienie włókienek osiowych w przednich włóknach korzeniowych.

Podobne zmiany z wyjątkiem zaniku komórek zwojowych stwierdzić się dały w drugim przypadku, w którym tężyczka po 15 dniach ustąpiła. W ostatnim przypadku, w którym choroba tylko 2 dni trwała, wykazać można było tylko nabrzmienie pojedyńczych komórek zwojowych i przednich włókien korzeniowych obok wyraźnego przekrwienia istoty szaréj.

Obraz ten anatomiczny może być tylko pojętym jako wyraz istniejącego podrażnienia komórek zwojowych, leżących w przednich rogach rdzenia pacierzowego. Prelegent nie rozstrzyga, czy drażnienie to polega na przekrwieniu istoty szaréj, czy też na zapaleniu téjże w skutek *neuritis ascendens*, podnosi tylko tę okoliczność, że tężyczkę nie należy zaliczać w poczet nerwic, lecz do schorzeń szaréj istoty rdzenia pacierzowego.

B i l l r o t h w dyskusyi nad tym przedmiotem — napomknąwszy, że należy ściśle odróżnić tężyczkę od tężca, (*tetanus*) a wyróżnia ją od tegoż: 1. brak szczękościsku, 2. przyczyna powstania (nie pojawia się przy zranieniach odnóg), 3. o wiele pomyślniejsze rokowanie, niż w tężcu, — nie podziela wcale zapatrywania, aby zaburzenia w krążeniu mogły wyniknąć w skutek podwiązania tętnic tarczykowych i być przyczyną tężyczki. Natomiast przyznaje, że przecięcie licznych nerwów śród wyłuszczania gruczołu tarczykowego może zostawać w związku przyczynowym z tężyczką, ale tylko u osób z usposobieniem do téj choroby. Obraz anatomiczny wskazuje, zdaniem B i l l r o t h a, szerzenie się zaburzenia w odżywianiu od obwodu do ośrodków nerwowych, a mianowicie drogą włókienka osiowego.

Prof. R o s e n t h a l wspomniawszy, że wytwarzanie się jameczek przydarza się już to w najróżnorodniejszych schorzeniach rdzenia, powstałych na tle zapalenia, już téż jest wrodzoném jako oznaka wady rozwojowéj, — oświadcza się również za zdaniem, że zapalenie nerwów w skutek urazu powstałe może się posunąć aż do rogów przednich rdzenia pacierzowego. Wytworzenie się tamże jameczek zanik komórek zwojowych jest więc tylko produktem zapalenia. (*Wiener med. Presse*, 1883, Nr 23). *Dr. Prus.*

O. C h i a r i (Doc. we Wiedniu): **O nawykowych krwotokach nosowych i ich leczeniu.**

Krwotoki nosowe, przypadłość bardzo częsta, bywają zazwyczaj leczone bez pomocy lekarskiéj i jedynie w uporczywych przypadkach uciekają się do niéj chorzy. Środki używane w tych razach działają tamując krwotok chwilowo, nie zapobiegają zaś wcale jego powrotowi a najczęściéj używa się w tym celu przestrzykiwań lub wsiąkań płynów o własnościach tamujących krew lub tamponowania tak, że po pewnym czasie krwotok znowu się pojawia śród sprzyjających okoliczności. Chcąc stanowczo skutecznie zapobiedz powrotowi krwotoku należałoby wynaleść miejsce broczące i odpowiednio miejscowo zadziałać. Rzadko jednak udawało się to a jeszcze najczęściéj w przypadkach owrzodzeń, nowotworów unaczynionych znacznie lub w skaleczeniach. W innych znowu razach mało się zważa na krwotoki nosowe a to zazwyczaj w obec rozwiniętego usposobienia do krwotoków jak w przebiegu białaczki, gnilca, schorzenia Werlhoffa i krwawiączki, w których pojawiają się krwotoki z innych błon śluzowych a nawet wśród miąższu narządów. Są jednak osoby, które doznają dość często krwotoków nosowych znaczniejszych, nie będąc wcale dotkniętemi jedną z chorób przytoczonych a pomimo, że w tych przypadkach należy się spodziewać, że źródłem krwotoku jest miejsce ograniczone, nie udawało się tak często nawet w tych przypadkach wynaleść miejsce broczące i zapobiedz ponownemu wystąpieniu. W kilku przypadkach przytoczonych w literaturze powstrzymywano tego rodzaju krwotoki przez przyżeganie galwanokauterem, azotanem srebrowym nawet przez ucisk na tętnicę wargi górnéj, która oddaje gałązkę do przodkowéj części jamy nosowéj a H a r t m a n n wspomina o pięciu przypadkach, w których mu się udało znaleść miejsce broczące. Na podstawie doświadczenia wyrobił on sobie przekonanie, że: 1) miejsce dobrowolnie broczące znajduje się najczęściéj w przodkowéj części jamy nosowéj lub na dnie téjże; 2) miejsce to można zawsze prawie znaleść lub przynajmniéj przekonać się, z któréj części jamy nosowéj krwotok pochodzi; 3) krwotok taki zatamować można przez ucisk, wywarty wprost na miejsce broczące za pomocą zwitka waty lub téż za pomocą wytamponowania całéj jamy nosowéj watą, chociaż tym sposobem można wywołać zapalenie ucha środkowego. Przyczyną uporczywości takich krwotoków ma być zdaniem jego okoliczność, że naczynie broczące znajduje się w kości, dla tego to samo zatamowanie jest tak utrudnione. W przebiegu przewłocznego nieżytu nosa powstają krwotoki zwłaszcza u dzieci z przodkowéj części muszli środkowéj lub dolnéj, autor nie wspomina jednak, czy to spostrzeżenie odnosi się do owych nieznacznych śladów krwi pojawiających się w przebiegu nieżytu, czy téż do krwotoków znaczniejszych występujących w tém cierpieniu. Krwotoki po urazach lub skaleczeniach muszel, jak np. po odjęciu polipów, ustają zazwyczaj po przestrzykaniu zimną wodą, krwotoki zaś nawykowe, pojawiające się u ludzi całkiem zresztą zdrowych, pochodzą z przegrody nosowéj, są najczęściéj dobrowolne i rzadko tylko bywają następstwem drapania paznogciem. Mimo, że ci chorzy unikają trwożliwie wszelkiego drapania pojawiają się te krwotoki, małe owrzodzenie nie goi się pomimo szanowania i to właśnie wskazuje, że to miejsce przegrody znajduje się w pewnych dla zagojenia się niekorzystnych warunkach. Autor obserwował 12 przypadków tego rodzaju, z tych przypadło 9 na mężczyzn a 3 na niewiasty. U wszystkich tych chorych pojawiały się krwotoki od kilku lub kilkunastu lat, u kilku występowały przez kilka tygodni codziennie, w trzech przypadkach sprowadziły nawet niedokrewność dość znaczną. Najbliższą przyczynę stanowiło kichnięcie, siąkanie lub nieznaczny uraz, ale i bez znanego powodu, nawet wśród snu, niepokoiły one chorych a to tylko z jednego otworu tak, że wszystko wskazywało na przyczynę ograniczoną do jednego miejsca, które też we wszystkich tych przypadkach znaleść było można. Leżało ono w przodkowéj części na przegrodzie chrzęstnéj lub na granicy téjże i przegrody błoniastéj, przy dokładniejszém badaniu można je było rozpoznać jako mały przeczos pokryty ciemnym strupkiem, po odjęciu którego krew jedno-

stajnie sączyć się zaczynała. Niekiedy można było spostrzedz, że strupek ten znajdował się w okolicy żyłki przeglądającéj z pod błony śluzowéj. Wywierając ucisk na to miejsce można było powstrzymać krwotok chwilowo, gdy przyżeganie galwanokauterem lub żelazem rozpaloném usuwało krwotoki raz na zawsze nie sprawiając chorym znaczniejszego bólu. Azotan srebrowy sprawiał strupki zbyt powierzchowne, gdy przeciwnie blizna wytwarzająca się po przyżeganiu galwanokauterem była środkiem tamującym krwotok raz na zawsze; z tegoto powodu zasługuje ten środek na większe uwzględnianie niż dotąd. Tylko w dwóch przypadkach widziano w miejscu broczącém małą narośl, którą zapewne należy uważać za mały naczyniak; zachodzi więc pytanie, w czém leży przyczyna usposabiająca naczynia przegrody nosowéj do tych uciążliwych krwotoków. Hartmann sądzi, że wychodzą one wprost z kości, nie mogą przeto uledz tak łatwo zamknięciu (*Über Nasenblutung, Nasentamponade etc. Zeitschrift f. Ohrenheilk.* T. 10. II część), zdaniem autora przyczynę stanowi silne przyczepienie błony śluzowéj w tém miejscu do podstawy kostnéj, co sprawia, że błona ta jest wcale nieprzesuwalną w pojedyńczych swych warstwach, może nadto ma się tutaj do czynienia z drobnemi żylakami. Sposób leczenia stósowany jak opisano nie przynosił chorym nigdy żadnéj szkody, owszem bóle głowy, które się pojawiały przed lub po krwotoku ustawały zupełnie a chorzy ci nieraz bardzo niedokrewni przychodzili rychło zupełnie do zdrowia. (*Allg. W. med. Zeitg.* Nr. 24, 1883).

Dr. J. Schaitter.

Garnier L. (Nancy): **O lokalizacyi arsenu w wątrobie.**

Od dawna uchodziło za pewnik, że tak w przewłocznem jakoteż ostrém otruciu przetworami arsenu, należy przedewszystkiém poddawać badaniu chemicznemu wątrobę, gdyż tam gromadzi się największa stosunkowo ilość tego środka. Wyniki jednak doświadczeń Skołozubowa (*Arch. de physiol. normale et pathol.*, 1875), który znachodził u zwierząt trutych 4 razy mniejszą ilość arsenu w wątrobie aniżeli w mózgu i rdzeniu pacierzowym i zgodne z niemi doświadczenia Cailola de Poncy i Livona przedstawiły rzecz w odmiennem świetle (*Compt. rend. Acad. des sciences*, I. 1879). Wzgląd na praktyczne zastosowanie tych wyników pobudził już dawniéj prof. Ludwiga w Wiedniu do powtórzenia doświadczeń w tym kierunku i sprawdzenia tych *a priori* nieprawdopodobnych podań. Otóż Ludwig doszedł do rezultatu wprost przeciwnego, nietylko, że polecił poddawać wątrobę badaniu chemicznemu, jak to dawniéj robiono, ale nadto wykazał, że w wątrobie można go znaleźć po dłuższym czasie aniżeli w kościach (ob. Przegląd. Lek., 1879, Nr. 48). Pomimo, że Ludwig ogłosił swoją pracę w tym czasie, nie przeszły wcale jéj wyniki do powszechnéj wiadomości, bo nawet w najnowszém dziele zbiorowém Maschki nie czyni Seidel (Tom II str. 232 i nast.) o niéj wcale wzmianki. Garnier podjął jeszcze raz doświadczenia tego rodzaju i stwierdził niemi najzupełniéj wyniki podawane przez Ludwiga. Już Orfila wiedział, że trucizny nieorganiczne gromadzą się niejednostajnie w narządach a wiadomość ta skłoniła go do ustanowienia skali, w któréj pierwsze miejsce zajmuje wątroba a mózg dopiero szóste z kolei; Flandin i Danger mówili pierwsi o lokalizacyi trucizn, obejmując tym wyrazem jedynie względny stosunek pomiędzy ilością trucizny, otrzymaną z pewnego narządu z jednéj strony, a zasobem w soki i działaniem wydzielniczém tegoż z drugiéj strony, nie mając wcale na myśli jakiegoś osobliwego powinowactwa trucizn z pewnemi narządami. Tablica dołączona do pracy Garniera obejmuje daty z doświadczeń jego własnych, Ludwiga, Rittera i Schlagdenhauffena i na téj podstawie przychodzi G. do wniosku, że tak w przebiegu otrucia ostrego jak i w przewłocznem zawiera wątroba najwięcéj odsetków arsenu. Jak Skołozubow uciekał się w tłumaczeniu faktów przez siebie podanych do przypuszczenia, że arsen zastępuje w lecytynie miejsce rodnia kwasu gliceryno-fosforowego jako kwas gliceryno-arsenowy, tak i on mógłby twierdzić, że w komórkach wątrobowych wchodzi arsen w połączenie z istotą białkową; zdaniem jego jednak nie można sobie wyobrażać, że rodnie pierwiastków zastępują się nawzajem w składzie komórek wchodzących w budowę narządów dopóki się takich połączeń jak lecytyn z rodniem arsenu zamiast fosforu nie odosobni i nie podda rozbiorowi chemicznemu. Tak kwas arsenawy jak arsenowy nie tworzą z białkiem połączeń nierozpuszczalnych a wśród krążenia napotykają na rozmaite sole, wśród których znajduje się przedewszystkiém wapno jako rodzeń zasadowy; w tych warunkach może powstawać podwójny rozkład a jako rezultat arsenian i arsenin wapniowy, które teraz, porwane prądem krwi, mogą być składane w narządach i tkankach i to w ilościach stojących w prostym stosunku do obfitości, w naczynia zaś w odwrotnym do szybkości krążenia, jakto ma miejsce po wstrzyknięciu ciał obcych drobno podzielonych do krwi, np. barwików. Narządem tego rodzaju jest właśnie wątroba, gdyż w niéj obok wielkiéj ilości naczyń znajduje się i drugi warunek, mianowicie krążenie odbywa nader powoli. Przypuszczenie takiego rozkładu zyskuje podstawę w doświadczeniach Roussina i Ludwiga, które wykazały, że kości zatrzymują arsen przez długi przeciąg czasu w połączeniu z wapniem. Jestto spostrzeżenie analogiczne do spostrzeżenia uczynionego przez Mackiewicza, że po wstrzykiwaniach podskórnych octanu zynkowego znajduje się znaczny odsetek tego metalu w tkance kostnéj. G. przekonał się, że płuca zawierają zazwyczaj zaledwie ślady arsenu już to z powodu szybkości krążenia krwi w tym narządzie, już téż to z powodu przewagi oddziaływania kwaśnego w miąższu płuc, co wpływa naturalnie niekorzystnie na złożenie się arsenianu wapniowego. Przeciwnie oddziaływanie obojętne lub alkaliczne przeważa w wątrobie i dla tego téż może tutaj być złożoną większa ilość tego połączenia. Powyższe rozumowanie jest tylko teoretyczném, w każdym razie nie gorszém od tego, które opiera się na przypuszczeniu lecytynu arsenikalnego; ma ono nawet wyższość nad ostatniém z powodu, że wątroba jest narządem, który większą ilość arsenu resorbowanego w przewodzie pokarmowym, najpierw napotyka za pośrednictwem żyły bramnéj, powtóre, że wątroba jest gruczołem i to największym w organizmie, a potrzecie, że w mózgu nie można na drodze chemicznéj wykazać nieraz ani śladu arsenu lub tylko minimalne ilości. (*Annales d'hygiène publ. et de méd. légale*, 1883, str. 310).

Dr. I. Schaitter.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

Posiedzenie zwyczajne Sekcyi lwowskiéj Tow. lek. galic. z dnia 12 maja 1883 r.

Przewodniczący kol. Rieger. Członków obecnych 19.

1) Odczytano protokół z ostatniego posiedzenia i przyjęto.

2) Kol. Ziembicki (syn) przedstawia chłopca, u którego przed miesiącem wykonał litotomiję. Badanie przez odbytnicę wykazało kamień wielki, gruczoł przyprątny bardzo mało rozwinięty u chorego gorączkującego. Z tych powodów nie wykonał litotrypsyi lecz cięcie wysokie. Następnie opowiada przypadek, gdzie kaniulę kauczukową z tchawicy wyjął i dla tego nie radzi używać kauczukowéj kaniuli, która łatwo pęka i kruszy się. — Kol. Schattauer wspomina, że już przed kol. prelegentem prof. Nagel we Lwowie kilka razy robił cięcie wysokie u dzieci również i ś. p. Szeparowicz. Opowiada następnie obszernie całą historyję cięcia wysokiego i wykazuje, że takowe uważać należy jako najwłaściwszy i najprostszy sposób wydobywania kamieni pęcherza i że przy użyciu metody antyseptycznéj najpewniéj zapobiedz można wszelkim niebezpiecznym powikłaniom pooperacyjnym.

3) Kol. Longchamps (syn) przedstawia mężczyznę, u którego przed 5 tygodniami wyciął na tyłogłowiu mięsak, który się wytworzył na czepcu.

4) Kol. Krówczyński przedstawił przypadek choroby skórnéj, którą na pierwszy rzut oka trudno rozpoznać. Chorobą tą jest *herpes* w formie rozsianéj, który śród leczenia hydropatycznego często występuje.

5) Kol. Laskiewicz okazał preparat drobnowidowy z przypadków przedstawionych przez kolegów Schattauera i Mehrera. Jest to *rhinoscleroma Hebrae* i *scleroderma*; wyjaśnia w krótkich słowach zmiany patolog. i zwraca uwagę na literaturę.

6) W rozprawie nad owaryjotomiją wykonaną przez kol. Ziembickiego zapytuje kol. Gostyński, w jakim czasie chora umarła, co było przyczyną śmierci, i w jaki sposób z szypułką postępowano? Kol. prelegent odpowiada, że chora umarła w skutek *peritonitis septica* w 24 godzin a szypułka była ujętą w klamrę i przed raną utwierdzoną. Kol. Schattauer zwraca uwagę na historyję owaryjotomii i oświadcza, że jakkolwiek *peritonitis myxomatosa* usposabia do *peritonitis septica,* to przecież wyczyszczenie jamy otrzewnowéj z masy śluzakowéj w obecnym przypadku mogło być dokładniejsze a zastosowanie środków antyseptycznych energiczniéj przeprowadzone.

7) W sprawie odczytu kol. Merunowicza zabierało wielu kolegów głos a kol. Rieger odczytał wnioski Rady zdrowia, które właśnie w téj saméj sprawie do miast mają być wystosowane. Następnie wybrano kolegów: Czyżewicza, Merunowicza i Seifmana, którzy mają zająć się opracowaniem wniosków Merunowicza, z wyjątkiem wniosku co do budowy tanich mieszkań a pracę swoją wprost Radzie m. przesłać.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Pawlikowski.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 10—16 czerwca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 29,0. Z ospy umarło 2 (0 z. t.); z płonicy 4 (1 z. t.); z duru brzusznego 0 (2 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.); Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku płonicy, 1 odry, 1 duru brzusznego, 2 duru osutkowego. W tygodniu od 3—9 czerwca umarło w Londynie z ospy 3, leczyło się w szpitalach 77, świeżo zapadło 11. W Amsterdamie, Warszawie i Madrycie umarło po 3, w Budapeszcie 4, w Brukseli, Walencyi i Baltimore po 5, w Petersburgu 6, w Pradze 9, w Bombaju 17, w Paryżu 21, w Nowym Orleanie 52. W marcu i kwietniu panowała ospa w Madrasie i Kalkucie. Odra panuje w Pradze, Londynie, Glasgowie, Liverpolu. Durzyca częściéj się pojawia w Pradze, Paryżu i Aleksandryi. Z cholery umarło od 13—19 maja w Baltimore i San Francisco 1, w Bombaju od 9—15 maja 25, w Kalkucie od 15—21 kwietnia 145.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 3—9 czerwca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 30,1; w Warszawie 35,1; w Poznaniu 29,8; w Wiedniu 32,1; w Budapeszcie 31,8; w Pradze 44,6; w Tryjeście 25,9; w Berlinie 33,7; w Wrocławiu 38,6; w Kolonii 38,8; w Gdańsku 23,6; w Mnichowie 37,3; w Dreźnie 25,8; w Lipsku 31,5; w Bazylei 19,1; w Brukseli 25,0; w Amsterdamie 27,2; w Hadze 28,5; w Paryżu 27,4; w Londynie 18,5; w Kopenhadze 20,6; w Stokholmie 22,1; w Chrystyjanii 20,0; w Petersburgu 33,5; w Odesie 35,2; w Wenecyi 22,1; w Bukareszcie 24,4; w Madrycie 48,3; w Lizbonie 26,3; w Aleksandryi 33.4: w Nowym Jorku 31,4; w Filadelfii 21,1; w Bombayu 28,5; w Madrasie 34,1. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 27 czerwca. Wydział lekarski na posiedzeniu w d. 22 bm. odbytém wybrał dziekanem na rok przyszły prof. Piotrowskiego, a Dra Lesława Gluzińskiego zamianował asystentem przy katedrze fizyjologii na dalsze dwa lata.

* Były asystent prof. Bryka Dr. Wilhelm Strzechowski wstąpił do armii czynnéj jako lekarz starszy i przydzielony został do szpitala garnizonowego w Ołomuńcu.

* Skład Wydziału lekarskiego czeskiego w półroczu zimowém będzie mniéj więcéj następujący. Anatomiję opisową wykładać będzie prof. nadzw. Steffal, fizyjologiję Tomsa(?), anatomiję patologiczną Hlava, który niebawem ma być mianowany prof. nadzw., patologiję ogólną Spina, klinikę lekarską Eiselt, chirurgiczną Weiss, okulistykę Schöbl, położnictwo Streng, choroby skórne Janovsky, prof. chemii lekarskiéj ma zostać rodak nasz Horbaczewski, farmakologiję ma wykładać zastępczo farmaceuta Jandouš, przełożonym polikliniki będzie Maixner w charakterze prof. nadzw.; o katedrę medycyny sądowéj ubiegają się dotąd trzej kandydaci: Bělohradský i Hněvkovský, byli asystenci prof. Maschki i lekarz powiatowy Reinsberg; o ile wiemy, ma największe szanse Dr. Hněvkovský.

* W Cieplicach czeskich bawiło dotąd gości kąpielowych 3818, w Krynicy 288, w Lubaczowicach 337.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. n. lek. w Uniw. Jagiell. otrzymali pp. Adam Dobruchowski rodem z Warszawy, Wojciech Fiałkowski, rodem z Wróblika szlacheckiego w Galicyi, Henryk Maurycy Markiewicz rodem z Krakowa, Józef Jelita Kisielewski rodem z Paleśnicy i Julijan Dadlez rodem z Żółkwi.

* **Nekrologija**. W Topoli pod Łęczycą umarł Dr. Włodzimierz Dybek. Wnuk Jana, lekarza 7go pułku piechoty koronnéj a po matce wnuk Jerzego Krystyjana Arnolda, słynnego lekarza i radcy nadwornego przy królu Stanisławie Auguście, syn Andrzeja, naczelnego lekarza wojsk polskich i profesora chirurgii w Warszawie, urodził się śp. Włodzimierz Dybek w Warszawie w r. 1824, stopień Dra medycyny uzyskał w r. 1847 w Berlinie, praktykował w Warszawie a od r. 1857 do 1864 był tamże profesorem patologii i terapii ogólnéj; wywołany z kraju powrócił dopiero w r. 1870 do Warszawy, późniéj osiadł w Topoli. Oprócz kilku drobnych rozprawek napisał wykład terapii ogólnéj.

W Szczawnicy umarł d. 23 bm. Dr. Aleksander Kryda, były docent chemii lek. w Uniw. Jagiell., następnie lekarz zdrojowy w Szczawnicy, licząc lat 56. — W Jaroszynku na Podolu umarł Dr. Jan Jachimowicz; urodzony w Bielcu w Galicyi wschodniéj, szkoły kończył w Olesku, Złoczowie, Lwowie i Wiedniu, gdzie uzyskał stopień doktora; złożywszy następnie egzamin ponowny w Charkowie osiadł na Podolu, a przed miesiącem obchodził 50-letni jubileusz zawodu praktycznego.

Piśmiennictwo lekarskie. T. H. Huxley. Wykład biologii praktycznéj. Przetłumaczył August Wrześniowski. Warszawa, 1883. (Dziełko obejmuje 271 stronnic, cena 1 rs.)

Pojawienie się powyższego dziełka znakomitego zoologa angielskiego w polskim przekładzie witamy z prawdziwém zadowoleniem. Wykłady bowiem praktyczne biologii, ułożone na podstawie długoletniéj praktyki nauczycielskiéj mistrza w przedmiocie, mają niepospolitą wartość i dla kształcącéj się młodzieży i dla urządzających praktyczne kursa tego przedmiotu. Wedle oświadczenia samego autora mają one posłużyć jako przewodnik w pracowni dla tych, którzy w zakładaniu fundamentów wiedzy bijologicznéj zamierzają tą samą jak on postępować drogą. A jest to droga nadzwyczaj prosta i krótka i dla tego wątpić nie można, że każdy początkujący chętnie ją obierze i bez trudu a z wielką korzyścią odbyć potrafi.

Huxley unikał w swym wykładzie biologii nagromadzenia szczegółów i czczych uogólnień, przygnębiających początkującego naturalistę, natomiast wprowadza go od razu na tory samo-

dzielnego dociekania i spostrzegania i zniewala do zdobycia własną pracą zasadniczych wiadomości z morfologii i fizyjologii roślin i zwierząt. Cały wykład opiera się na dokładném poznaniu: drożdży, pierworośli (*protococcus*), pełzaka (*amoeba*), bezbarwnych ciałek krwi, bakteryj, pleśni, ramienic (*characeae*), orlicy (*pteris aquilina*), bobu, wirczyka, stułbii, skojki, raka i homara, żaby, a zatém organizmów, które niemal zawsze i wszędzie bez trudu i znaczniejszych kosztów nabyć można. Najprzód podaje krótki opis każdéj z wymienionych postaci, następnie tak szczegółowe wskazówki dla badającego, że może się prawie obejść bez obcéj pomocy i samodzielnie poznać główne fakta dotyczące budowy, życia i rozwoju roślin i zwierząt.

Co się tyczy przekładu polskiego, to nie mając pod ręką oryginału, nie mamy możności przekonania się, o ile tłumacz od niego odstąpił. Z kilku przypisków dowiadujemy się, że tu i owdzie poczynił zmiany, które jako fachowy uznał za konieczne. Zresztą sądzimy, że od ściślejszéj kontroli zwalnia nas znane w świecie naukowym imie szanownego tłumacza.

Styl jest wszędzie jasny i łatwy, w terminologii wszakże nie zawszebyśmy się zgodzili z tłumaczem. Wszelako rzecz to wiadoma, że dzieła z zakresu nauk ścisłych, wychodzące w głównych ogniskach nauki polskiéj, różnią się zazwyczaj tak dalece pod względem terminologii, że nawet fachowemu czytelnikowi sprawiają trudności w rozumieniu. Czas już najwyższy poczynić sobie wzajemne ustępstwa i dążyć do ujednostajnienia terminologii, zwłaszcza w dziełach dla szerszych kół czytelników przeznaczonych. Jaka jest droga najpraktyczniejsza do rychłego ujednostajnienia terminologii, nad tém powinien się, wedle naszego zdania, zastanowić najbliższy Zjazd lekarzy i przyrodników.

Dr. Wierzejski.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lek.* Nr. 25: Dogiela: W kwestyi skrzyżowania się nerwów wzrokowych u człowieka; Wolframa (z kliniki prof. Korczyńskiego w Krakowie): Przypadek tętniakowego, prawdopodobnie wrodzonego, rozszerzenia tętnicy płucnéj (dok.): — W *Medycynie* Nr. 25: Talki: Kaustyczne działanie kalomelu na spojówkę.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie dnia 4go lipca o godzinie 6éj wieczór w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie, na którém kol. Pieniążek mówić będzie o rzadkiéj operacyi w krtani przez siebie wykonanéj.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Zwierzchność gminna m. Strzyżowa rozpisuje niniejszém Konkurs na posadę lekarza miejskiego. Do posady téj przywiązana jest płaca roczna 200 złr. w. a. a wypłacana z kasy Magistratu w ratach miesięcznych oraz osobne wynagrodzenie za oglądanie zmarłych i bydła na rzeź przeznaczonego według ustanowionéj ceny.

Obowiązkiem lekarza miejskiego jest bezpłatne leczenie ubogich, których listę Zwierzchność gminna lekarzowi wręczy i wykonywanie czynności urzędowych.

Zwierzchność gminna.

Strzyżów 13 Czerwca 1883.

LIGĘZA
Burmistrz.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla.